IX kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 60)
z dnia 25 lutego 2021 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 60)

25 lutego 2021 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Bolesława Piechy (PiS)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację o stanie opieki geriatrycznej.

W posiedzeniu udział wzięli: **Waldemar Kraska** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Jarosław Chmielewski** dyrektor Departamentu Strategii i Działań Systemowych Biura Rzecznika Praw Pacjenta oraz **Piotr Wasilewski** dyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Jakub Stefański** i **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dzień dobry państwu. Proszę o zajmowanie miejsc. Chciałem przywitać naszych gości na posiedzeniu Komisji, pewnie zrobię to po oficjalnym otwarciu.

Chciałem otworzyć posiedzenie Komisji Zdrowia, które zwołane jest przez marszałek Sejmu na podstawie art. 198j ustęp 2 regulaminu Sejmu. Posiedzenie będzie prowadzone jak zwykle z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej umożliwiających porozumiewanie się na odległość.

Żeby rozpocząć, musimy stwierdzić kworum. Możemy to sprawdzić elektronicznie. Proszę o otwarcie głosowania. Proszę nacisnąć jakikolwiek przycisk, jeżeli ktoś jest zdalnie. Państwo mogą się zalogować jak zwykle kartami do głosowania i na wyświetlaczu nacisnąć określony przycisk.

Poseł Janusz Korwin-Mikke (Konfederacja):

Nie muszę włączać tabletu?

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Może pan tylko przytknąć legitymacją, panie pośle. Wyświetli się pana imię i nazwisko i już…

Proszę uprzejmie o przyciśnięcie jakiegokolwiek przycisku celem stwierdzenia kworum.

Chciałem państwa poinformować, że będziemy prowadzić troszeczkę inaczej. Zostawimy otwartą możliwość zalogowania się dla tych, którzy są zdalnie. Natomiast z podglądu mogę stwierdzić, że mamy kworum. W związku z tym nasze dzisiejsze obrady Komisji będą prowadzone z utrzymaniem rygoru kworum, czyli będą prawomocne.

Porządek dzisiejszego posiedzenia Komisji zwołanego przez panią marszałek przewiduje rozpatrzenie informacji ministra zdrowia o stanie opieki geriatrycznej.

Na naszym spotkaniu witam pana ministra Waldemara Kraskę z całym zespołem oraz naszych gości ze strony społecznej, a także państwa posłów obecnych na sali oraz pracujących zdalnie.

W związku z tym chciałem niezwłocznie przystąpić do realizacji porządku obrad. Na początku poproszę pana ministra o przedstawienie informacji na temat stanu opieki geriatrycznej w Polsce. Panie ministrze, proszę uprzejmie.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemar Kraska:

Dzień dobry państwu. Panie przewodniczący, szanowni państwo, mam zaszczyt przedstawić informację ministra zdrowia na temat stanu opieki nad osobami starszymi w Polsce, czyli opieki geriatrycznej. Na początku chciałbym państwu powiedzieć, że do materiałów, które państwo otrzymali przed posiedzeniem, dołączyliśmy informację na temat

rodzajów świadczeń. Ma to na celu, uzmysłowić i pokazać państwu, że dostęp dla osób starszych do usług zdrowotnych jest w tej chwili bardzo szeroki.

Szanowni państwo, doskonale wiemy o tym, że seniorzy nie są jednorodną grupą, zarówno pod względem psychicznym, jak i pod względem fizycznym czy też społecznym. Zróżnicowane potrzeby zdrowotne osób starszych wyczerpywane są na różnym poziomie. Zależne jest to także od wieku. Dlatego dla Ministerstwa Zdrowia, ale głównie dla rządu, są to na pewno bardzo duże wyzwania. Niewątpliwie osoby starsze bardzo często zmagają się z wieloma dolegliwościami. Głównie są to dolegliwości o charakterze przewlekłym, ale mamy także do czynienia z wielochorobowością. Zgodnie ze wstępnymi wynikami badania PolSenior 2, które zostały opublikowane w grudniu 2020 roku – czyli są to dość świeże badania – wielochorobowość występuje prawie u 70% osób w wieku od 60 do 64 lat. Czyli widzimy, że ta grupa w sumie w tej chwili najmłodszych seniorów obarczona jest dość dużym procentem wielochorobowości. Jeżeli idziemy w górę, jeżeli chodzi o wiek, to ta częstość wzrasta z wiekiem, dochodząc praktycznie do 90% u osób w grupach wiekowych najstarszych. Dlatego tak ważne jest objęcie tej grupy opieką geriatryczną.

Podstawową rolą opieki geriatrycznej oczywiście jest zapewnienie odpowiedniego personelu, odpowiedniej ilości specjalistów, którzy by mogli sprawować taką opiekę nad osobami starszymi. Aktualnie w Polsce specjalizację posiada 504 lekarzy, a wykonujących aktywnie zawód jest tej chwili 491. W latach 2008-2020 nastąpiło podwojenie lekarzy specjalistów geriatrii w Polsce. W tej chwili, w trakcie szkolenia w geriatrii, jeśli mowa o specjalizacji, jest 127 osób, z czego 92 osoby odbywają to w systemie pozarezydenckim, a 35 osób w systemie rezydenckim. Dlaczego jest tak dużo osób w systemie pozarezydenckim? Najczęściej, jeżeli lekarze wybierają specjalizację z geriatrii, to jest dla nich już kolejna specjalizacja. Zatem prowadząc swoją pracę zawodową, robią tę specjalizację. Niestety młodzi najczęściej jej nie wybierają, ponieważ ta specjalizacja wymaga pewnej dojrzałości, także emocjonalnej, oraz pewnego doświadczenia życiowego. Najczęściej to jest wybierane jako druga specjalizacja, aczkolwiek Ministerstwo Zdrowia od 2003 roku uznaje geriatrię jako dziedzinę zaliczaną do tak zwanych priorytetowych. Tutaj, o ile jest taka wola, to tych miejsc do kształcenia lekarzy w tej specjalizacji jest tej chwili tyle, ile wojewodowie czy konsultant krajowy będą chcieli.

Jeżeli chodzi o świadczenie opieki zdrowotnej dla osób starszych, szczególnie Narodowy Fundusz Zdrowia zwiększa finansowanie świadczeń przeznaczonych dla pacjentów powyżej 65 roku. To ma odzwierciedlenie w tych grupach, które kwalifikują się do rozliczenia grupą JPG, zależnie oczywiście od przedziału wiekowego. Należy także pokazać dość wyraźny wzrost finansowania, jeżeli chodzi o lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Ja tylko przypomnę, że dla pacjentów w wieku od 66 do 75 lat lekarz POZ otrzymuje dla tego pacjenta dwuipółkrotnie wyższe wynagrodzenie niż na pacjentów młodszych. Natomiast dla osób powyżej 75 roku życia, czy też dla podopiecznych domów pomocy społecznej, lekarz POZ otrzymuje trzykrotnie większe wynagrodzenie niż na pacjentów młodszych. Podobnie jest także w przypadku świadczeń udzielanych w POZ-ach przez pielęgniarki. To jest porównywalne – powyżej 65 roku życia to jest dwukrotnie wyższe wynagrodzenie i dla pacjentów starszych, podobnie jak w DPS-ach, to jest trzyipółkrotne wynagrodzenie.

Jeżeli mówimy o opiece ambulatoryjnej, to dla tej grupy wiekowej powyżej 60 roku życia został także wyodrębniony specjalny pion dla osób, które korzystają głównie z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Przypomnę także, że w 2020 roku wprowadziliśmy nielimitowane świadczenia w endokrynologii, kardiologii, neurologii oraz ortopedii i traumatologii ruchu.

W kwestii łóżek geriatrycznych, czyli w leczeniu szpitalnym, w tej chwili w Polsce funkcjonuje 58 oddziałów geriatrycznych. Łącznie w tych oddziałach znajduje się 1208 łóżek. Ze świadczeń w zakresie oddziałów geriatrycznych skorzystało 2,4 mln osób. Głównie to byli pacjenci powyżej się 65 roku życia.

Następnym elementem kompleksowej opieki geriatrycznej w Polsce jest wprowadzenie z dniem 1 września 2016 roku tak zwanych leków 75 plus. Od początku tego programu systematycznie zwiększamy liczbę nowych substancji czynnych na tej liście. W tej

chwili na liście 75 plus znajduje się 2051 produktów, co stanowi prawie 50% wszystkich leków refundowanych. W ciągu 4 lat realizacji programu wydano na to 2 472 000 tys. zł. Z tego programu skorzystało ponad 3 mln seniorów.

Uruchomiliśmy także kilka programów profilaktycznych, które były skierowane dla seniorów ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, głównie dla utrzymania aktywności zawodowej, ze środków Narodowego Programu Zdrowia i środków unijnych – programu do 2030 roku. To są inicjatywy, które ugruntowują zdrowe nawyki żywieniowe, właściwy styl życia, przeciwdziałanie upadkom, tworzenie specjalnych grup wsparcia, edukacji opiekunów medycznych. Także w strategii onkologicznej, która została opublikowana w 2020 roku, jest element dotyczący wsparcia opieki nad seniorami. W styczniu 2020 r. (8 stycznia) wprowadziliśmy e-receptę, która, jak myślę, w tej chwili bardzo dobrze wpisała się w pandemię koronawirusa. Także od 8 stycznia 2020 r. wprowadziliśmy e-skierowanie. Zdecydowanie ułatwia to dostęp seniorów do leków czy też do skierowania do leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego.

Ostatnio, w listopadzie 2020 roku, weszła w życie ustawa o funduszu medycznym. W ramach tego funduszu są 4 subfundusze. Jeden z nich to subfundusz modernizacji podmiotów leczniczych. To jest fundusz, z którego chcemy wspierać szpitale udzielające świadczeń w zakresie geriatrii. Planujemy przekształcenie części łóżek w oddziałach szpitalnych o niskim obłożeniu na łóżka geriatryczne i tworzenie nowych miejsc opieki. Celem planowanych inwestycji jest zwiększenie bazy o 1000 dodatkowych łóżek geriatrycznych. Tyle tytułem wstępu, panie przewodniczący. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze, wysłuchaliśmy pana wystąpienia. Państwo mają mailowo, albo, mówiąc kolokwialnie, na papierze, informację ze szczegółowymi tabelami.

Chciałbym otworzyć dyskusję. Kto z pań i panów posłów chce zabrać głos? Pan poseł Korwin-Mikke, proszę uprzejmie.

Poseł Janusz Korwin-Mikke (Konfederacja):

Proszę państwa, tak zwane potrawy zdrowe są z reguły niesmaczne, a ponieważ ja zawsze wierzę, że mój organizm wie, co jest mi potrzebne, podejrzewam, że potrawy tak zwane zdrowe znacznie skracają życie. Inaczej pan minister by ich nie zalecał, bo przecież to jest wbrew interesowi skarbu państwa, żeby ci ludzie żyli jak najdłużej. To jest pierwsza uwaga.

Druga uwaga to pytanie. Dlaczego, jeżeli stwierdza się otwarcie, że starcy mają obniżony poziom inteligencji, to jest w porządku, a jak się powie, że kobiety mają średnio niższą inteligencję niż mężczyźni, to nie jest w porządku? Dlaczego starcy są dyskryminowani w porównaniu z kobietami?

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. To bardzo ważne pytanie. Sądzę, że pan minister się do niego odniesie. Zwłaszcza o kobietach to bardzo ciekawe spostrzeżenia pana posła, ale mnie nie zaskoczyły. Słyszałem. Wiele lat się znamy. Nie jestem zaskoczony.

Czy ktoś z pań i panów posłów chciałby jeszcze zabrać głos? Proszę uprzejmie. Może wszyscy po kolei... Pani poseł, proszę. Pani jako pierwsza. Z tymi kobietami było tutaj na rzeczy, to spróbuję to pociągnąć, aczkolwiek odcinam się od stwierdzeń pana posła Korwina-Mikkego.

Poseł Janusz Korwin-Mikke (Konfederacja):

Ja zadałem pytanie.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Ja nie skomentuję.

Mam uwagi natury bardziej ogólnej. Jak wiadomo, osoby starsze najczęściej cierpią na wiele chorób jednocześnie, więc te osoby są wysyłane do różnych lekarzy, którzy nie zwracają specjalnie uwagi na to, jakie inne leki tym osobom starszym przepisują inni lekarze. W 2015 r. Najwyższa Izba Kontroli zrobiła takie porównanie – ile kosztuje leczenie pacjenta, jeżeli ten pacjent jest pod opieką geriatry, a ile kosztuje leczenie tego pacjenta, jeżeli ten pacjent jest pod kontrolą kilku innych lekarzy, którzy leczą

go na różne schorzenia. Efekt jest dosyć oczywisty. Z tego co widzę, według tamtego wyliczenia średni jednostkowy koszt wszystkich świadczeń udzielonych w ciągu roku pacjentowi oddziału chorób wewnętrznych był o 1380 zł wyższy od kosztów leczenia porównywalnego pacjenta na oddziale geriatrycznym. Wyższy był także roczny koszt leków przyjmowanych przez pacjentów, którzy byli hospitalizowani na oddziałach chorób wewnętrznych. W 2011 roku, o 12%, w 2013 o 10%. Dlaczego? Najwyższa Izba Kontroli mówi wprost, że na oddziale chorób wewnętrznych leczy się jedną podstawową chorobę, na którą skarży się pacjent, natomiast pacjent hospitalizowany na oddziale geriatrycznym przechodzi kompleksową, odpowiednią do swojego stanu, wieku i schorzenia diagnostykę oraz terapię. Dzięki temu opuszcza oddział z lepiej dobranym zestawem leków, jest pod lepszą kontrolą, nie bierze leków wykluczających się wzajemnie, niewpływających na siebie negatywnie.

Mam takie pytanie, czy w związku z jednak istotnym brakiem geriatrów i opieki geriatrycznej ministerstwo robiło takie wyliczenie? Ile my, jako obywatele i obywatelki, tracimy na tym, że osoby starsze mają nieodpowiednią opiekę geriatryczną i jak to długofalowo wpływa na stan zdrowia pacjentów i pacjentek? Chodzi mi głównie o branie różnych leków, które wzajemnie się wykluczają.

Druga rzecz. Padła taka informacja, która jest dosyć, muszę przyznać, trudna do zaakceptowania – że ci lekarze, którzy idą na specjalizację geriatryczną, nie pozostają, nie realizują się akurat w tym obszarze ze względu na brak dojrzałości emocjonalnej. Wydaje mi się to bardzo złym stwierdzeniem. Oczywiście mamy problem polegający na tym, że mamy brak geriatrów. Lekarze decydują się wybrać taką specjalizację, ale szybko z niej rezygnują i odchodzą. Barbara Bień, prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, mówi, że z jej obserwacji wynika, że dzieje się tak w 90% przypadków. Ale ona mówi, że wynika to ze złego finansowania geriatrii i z braku zachęt do tego, żeby w tym konkretnym obszarze młodzi ludzie chcieli pracować. Mam więc takie pytanie, czy ministerstwo prowadzi analizy, dlaczego młodzi ludzie, i w ogóle lekarze, rezygnują z pracy w tym obszarze? Jakie są konkretne powody? A jeżeli ministerstwo nie prowadzi, to dlaczego i czy zacznie prowadzić takie analizy? Wydaje mi się to bardzo zasadne, żeby zapytać ludzi, którzy nie chcą pracować jako geriatrzy, dlaczego nie chcą pracować jako geriatrzy. Jeżeli jest to kwestia finansów, to znaczy złego finansowania geriatrii, to może wypadałoby podnieść wyceny świadczeń medycznych i lepiej po prostu tę geriatrię opłacać? Uciekanie się do stwierdzenia, że ktoś jest niedojrzały emocjonalnie, w związku z czym nie chce po prostu pracować w tak trudnym obszarze, wydaje mi się dosyć nie tylko niewystarczające, ale troszeczkę obraźliwe. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Szopiński.

Może najpierw pan poseł Wolski, a pan w tym czasie uruchomi. Proszę, panie pośle.

Poseł Zdzisław Wolski (Lewica):

Od wieków, a co najmniej od dziesięcioleci, funkcjonuje mądrość, że kulturę i klasę społeczeństwa określa się na podstawie stosunku do ludzi starych. Czyli właśnie gerontologia… Tu jest mnóstwo składowych stosunku do starszych pokoleń. Dzisiaj rozmawiamy o ważnej składowej – o geriatrii.

Zabiorę głos tak, jak mi się to zdarza z punktu widzenia lekarza praktyka. Dobrze by było, żebyśmy mieli silną geriatrię i to na każdym z tych pięter. Mamy tu szczegółowe dane statystyczne – począwszy od licznych poradni po oddziały geriatryczne. Byłoby to w interesie tych starszych ludzi, ale jakoś mam przekonanie, że w interesie również finansów, opieki zdrowotnej. Do czego zmierzam? Właśnie na oddziałach geriatrycznych pacjenci, którzy tam leżą, mają profesjonalną opiekę w schorzeniach ogólnych, bo wiadomo, jeżeli któraś z chorób ma szczególne nasilenie, to pacjent musi trafić na leczenie specjalistyczne, ale taka w miarę ustabilizowana wielochorobowość to aż się prosi, żeby był to oddział geriatryczny, gdzie ci pacjenci są ustawiani. Hospitalizacja nie jest aż tak kosztowna jak w wielu innych oddziałach. I tu pierwszy aspekt finansowy – czy nie wrócić jednak do pomysłu sprzed niewielu lat, nawet nie aktualnego ministra czy ministra Szumowskiego, gdzie oddziały geriatryczne zostały wyodrębnione z odrębnego kontrak-

towania i wrzucono w ogólny ryczałt. W większości przypadków, z różnych powodów, owocuje to tym, że te oddziały geriatryczne stają się z punktu widzenia zarządzania szpitalem nieatrakcyjne i słabną. Te dane statystyczne, które mamy przedstawione, nie do końca to odzwierciedlają. Chciałem spytać czy dalej mamy taki stan – mamy 62 oddziały 1208 łóżek – czy jest tendencja do zmniejszania? Według mnie powinna iść w kierunku rozwoju, a nie stabilizacji, a już na pewno nie osłabiania. Przełożyłoby się to również na finanse w skali państwa, na środki na ochronę zdrowia.

W kwestii poradni geriatrycznych – znowu mówię z punktu widzenia praktyka, koleżanka też o tym wspomniała, tylko w innym ujęciu – bardzo dobrze, że system jest skomputeryzowany i jest digitalizacja wielu rzeczy. Ale reszta tak daleko nie poszła. Na przykład, taki starszy człowiek potrafi brać 15 leków od różnych specjalistów, a zdarzają się jeszcze więksi rekordziści. Jeszcze pół biedy, jeżeli ten pacjent czy pacjentka o tym powie, a nie zawsze o tym mówią, a nawet jak mówią, to jest ciężko jest takiemu pacjentowi wytłumaczyć, że powinien się ograniczyć do kilku, a najlepiej paru leków łącznie. Rzadko są sytuacje, że powinno być więcej. Natomiast czasami pacjenci biorą ogromną ilość leków– pan minister mówił o 75 plus – a ktoś za te leki płaci. Jak nie pacjent, to my wszyscy płacimy za leki, często nieuzasadnione i szkodliwe dla pacjentów. Przy takiej ilości jednocześnie branych leków nikt na świecie – nawet najlepszy jakiś lekarz medycyny praktycznej czy farmakolog kliniczny – nie jest stanie przy kilkunastu lekach łącznie przewidzieć mechanizmów, polipragmazji, oddziaływania na siebie. Geriatra po to jest geriatrą, żeby próbować takiego pacjenta ustawić, przekonać i jakoś wypośrodkować, ograniczyć ilość leczenia. Jako system mielibyśmy korzyści dla tych pacjentów i korzyści dla finansów systemu opieki zdrowotnej.

Nie chcę przedłużać, ale kierunek, żebyśmy nie stali w miejscu – na pewno nie powinno być regresu w geriatrii – rozwijania geriatrii jest tym właściwym. Nawet jeżeli włożymy w to trochę pieniędzy, to te pieniądze w inny sposób wielokrotnie w systemie zostaną zaoszczędzone. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Teraz pan poseł Szopiński.

Poseł Jan Szopiński (Lewica):

Dziękuję. Szanowny panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, wszyscy ci, którzy z ramienia Lewicy są członkami Komisji Zdrowia, przyszli dzisiaj na to spotkanie, aby wysłuchać informacji pana ministra o opiece geriatrycznej. Bo problem dotyczący z jednej strony geriatrii, a z drugiej strony, sytuacji zdrowotnej polskich seniorów dla nas jako Lewicy jest ważny i istotny. Stąd też nasza dzisiejsza obecność w pełnym składzie.

Natomiast mam pytanie do pana przewodniczącego. Czy organizując spotkanie w prezydium – bo pewnie tak to uzgadnialiście – wzięliście pod uwagę zaproszenie na dzisiejsze spotkanie przedstawicieli uniwersytetów trzeciego wieku, seniorów, bądź też innych – oprócz pana ministra – ekspertów w zakresie polityki senioralnej? Chociażby w sposób zdalny. Przecież to dla nich jest ta dzisiejsza informacja, oprócz oczywiście naszych pytań.

Druga kwestia. Gdyby pan minister – to jest oczywiście trudne, rozumiem – zechciał mi odpowiedzieć na pytanie, które mnie nurtuje. Co zrobić, aby liczba polskich lekarzy specjalizujących się w geriatrii była większa? Co zrobić? Jakie mechanizmy w tej sprawie zastosować, aby lekarze zechcieli się w tej kwestii specjalizować?

Kolejna kwestia. Gdyby pan minister mógł mi przybliżyć, jak to jest w polskich szpitalach ogólnych. Czy we wszystkich polskich szpitalach istnieją oddziały geriatryczne? Czy ministerstwo rozwiązaniami ekonomicznymi poprzez kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia – o tym mówił kolega – sprzyja takim inicjatywom, aby powstawały takie oddziały?

Kolejna sprawa. Dość ciekawym jest rozliczenie, które będzie rozliczeniem finansowym z Narodowym Funduszem Zdrowia za pierwsze półrocze tego roku. Czy ministerstwo to analizowało? Czy w tej sprawie państwo mają jakieś pomysły, jakieś wieści dla tych, którzy w oddziałach geriatrycznych będą się mieli rozliczać?

I ostatnia sprawa jest otóż taka. W polskim systemie opieki zdrowotnej było takie hasło. Czy było to analizowane? Jak daleko ewentualnie jesteśmy wokół rozwiązań, aby stworzyć podstawową opiekę geriatrycznej? To jest oczywiście kwestia dosyć szczegółowa i nie wiem, czy jesteśmy ją w stanie zrealizować przy obecnej sytuacji pandemicznej. Niemniej jednak takie pytanie z punktu widzenia seniorów, którzy mi to przedstawiali, po prostu musiało paść z mojej strony. Dziękuję, panie przewodniczący.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Szczerba chciał zabrać głos. I później pan poseł.

Poseł Michał Szczerba (KO) – spoza składu Komisji:

Szanowny panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo, czuję się troszkę wywołany przez pana posła do odpowiedzi. Dzisiaj jestem w roli wiceprzewodniczącego sejmowej Komisji Polityki Senioralnej. Temat, którym dzisiaj zajmuje się Komisja Zdrowia, bardzo mnie interesuje i dziękuję za informację przygotowaną przez pana ministra Kraskę.

Dostaliśmy komplet informacji. Natomiast powiedzmy sobie szczerze, to są dane na koniec grudnia. Bardzo ważną rzeczą z punktu widzenia bieżącej aktywności wobec grupy pacjentów geriatrycznych pozostaje przede wszystkim kwestia szczepień. To moje pytanie do pana ministra. Otrzymaliśmy informację – to także komunikat, który otrzymały wszystkie placówki, podmioty lecznicze – na początku lutego, że w dniach od 15 lutego do 7 marca zostały wstrzymane szczepienia pierwszą dawką w zakładach opiekuńczo leczniczych, w zakładach pielęgnacyjno-leczniczych, w hospicjach, w oddziałach medycyny paliatywnej. To jest moim zdaniem bardzo poważny problem. To są osoby najbardziej narażone, z grupy ryzyka z wielochorobowością, o której właśnie w tej chwili rozmawiamy.

Pytanie pierwsze. Czy po 7 marca te szczepienia w odniesieniu, w szczególności, panie ministrze – bo jesteśmy na posiedzeniu Komisji Zdrowia – do tych podmiotów leczniczych i opiekuńczo-leczniczych finansowanych z NFZ zostaną wznowione?

Jeszcze taka kwestia, która się pojawiała w trakcie istniejącego stanu epidemii – kwestia testów. Kiedy pojawia się ognisko, kiedy pojawia się przypadek koronawirusa w zakładach pielęgnacyjno-leczniczych, opiekuńczo-leczniczych, wtedy koszt wykonania testu PCR czy innego testu nie jest jakoś przez NFZ dodatkowo wynagradzany dla takiego podmiotu, tylko znajduje się w stawce ryczałtowej za osobodzień, którą otrzymuje zakład. Miałem takich kilka przypadków, gdzie musiałem interweniować i szukałem jakiejś formy wsparcia. Powiedzmy sobie szczerze, że dla 50-osobowego zakładu wykonanie 50 testów PCR to był znaczny wydatek. Czy w tym zakresie, dodatkowej formy wsparcia, coś się zmieniło?

Rozmawiamy o pacjentach geriatrycznych, o pacjentach z wielochorobowością. Jest niedoszacowanie świadczeń medycznych, które są realizowane. Takim problemem, który obserwuję od wielu lat, jest kwestia tak naprawdę fikcyjnych usług rehabilitacyjnych, którym poddawane są osoby znajdujące się, mieszkające w tych podmiotach. Tam jest jeden etat fizjoterapeuty na 30 pacjentów. To są głównie pacjenci leżący. Czy w tym zakresie ministerstwo planuje jakieś działania wespół z Narodowym Funduszem Zdrowia? Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo, panie pośle. Pan poseł Rutka, proszę uprzejmie.

Poseł Marek Rutka (Lewica):

Dziękuję. Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, po pierwsze, cieszy zmiana nastawienia ministerstwa do geriatrii. Przytoczę słowa pana ministra Radziwiłła, które padły na posiedzeniu Komisji Zdrowia w 2017 roku. Pan minister powiedział, że oddziały geriatryczne dla seniorów 60 plus są niepotrzebne. Niech idą do lekarzy rodzinnych. Tu akurat dobra zmiana – już nawet bez cudzysłowu.

Mam takie pytanie. W tym opracowaniu nie znalazłem informacji o specjalistycznych szpitalach geriatrycznych w Polsce. Z tego co wiem, to funkcjonuje taki jeden, czyli szpital specjalistyczny imienia Jana Pawła II w Katowicach. Faktycznie mamy 62 oddziały

geriatryczne. Ale moje pytanie brzmi, jaka jest liczba tych szpitali i czy w planach jest stworzenie szpitali specjalistycznych nastawionych stricte na geriatrię? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, pozwoli pan, że najpierw zrobimy jeszcze rundę pytań. One będą się powtarzały. Będzie łatwiej, może analitycznej, zbiorczo na nie odpowiedzieć. Najpierw pan przewodniczący Hoc. Proszę.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze, proszę państwa, oczywiście dzisiaj jest rzeczywiście spokojnie, bardzo merytorycznie i bardzo koncyliacyjnie. Bo to jest nasz praktycznie święty obowiązek, by zapewnić osobom starszym, naszym seniorom, zdrowe starzenie się i kompleksową pomoc przy jakimkolwiek schorzeniu. Tym bardziej święty obowiązek w aspekcie demografii. Wiemy, że społeczeństwo starzeje się, a więc naprawdę musimy priorytetowo potraktować geriatrię. Zresztą to czynimy. Powiedziałbym, że czynimy to wieloaspektowo, kompleksowo. Nie wspomnę o polityce Zjednoczonej Prawicy, rządu w aspekcie finansowym. Jest program Leki 75 plus, jest Opieka 75 plus, domy dzienne, kluby seniora. Wszystko jest praktycznie dofinansowywane przez rząd dla samorządów czy organizacji pozarządowych przez odpowiednie programy. To jest właśnie ta kompleksowa polityka senioralna. To jest dobre. Za to dziękujemy. Jednocześnie kłaniamy się wszystkim naszym zacnym seniorom.

Natomiast mam takie pytania. Tutaj wspomniane już były kwestie polipragmazji. Bo rzeczywiście polipragmazja jest na rynku medycznym rozpowszechniona, zwłaszcza u osób starszych. Wynika to z wielu faktów. Jako praktykujący lekarz niejednokrotnie spotykam się z tym, że osoby starsze pobierają leki z tej samej grupy farmaceutycznej. Na przykład inhibitor konwertazy. Tak, identyczne. Że identyczne to już jest osobna kwestia, ale z jednej grupy farmaceutycznej. Na przykład, jeśli jest inhibitor konwertazy i tam jest ponad 60 preparatów, to taki pacjent potrafi brać 2-3 leki z tej samej grupy. Bez sensu. Tym bardziej, że wtedy są objawy niepożądane, efekty uboczne. Nie mówiąc o cukrzycy – metformina jest w postaci kilkunastu preparatów. Taki pacjent bierze na przykład Siofor, Glucophage i jeszcze inny jakiś lek z metforminą.

Teraz, panie ministrze, do pana również taka uwaga, prośba, czy też sugestia. Jest e-recepta, która się sprawdza. Dobre, innowacyjne i nowoczesne rozwiązanie. Sam nie gustuję w tym, bo na razie jeszcze wypisuję recepty tradycyjne, bo czasami system się zawiesza. Czy właśnie za pomocą e-recepty nie można kontrolować tej polipragmazji? Nie może być tak, że osoby starsze – u których jest farmakokinetyka, farmakodynamika, biodegradacja tych leków upośledzona, zmniejszona – przyjmują po 11,12, 15 leków. Mogę od razu, z pamięci, wymienić zestaw typowy 75-80-latka, jakie leki bierze. Bierze leki przeciwko nadciśnieniu tętniczemu, niewydolności serca, przeciwcholesterolowe , przeciwzakrzepowe, oczywiście mnóstwo różnego rodzaju suplementów diety. Czasem jeszcze cukrzyca typu drugiego. To jest praktycznie 15 leków. Trzeba być naprawdę zdrowym, żeby to wszystko zmetabolizować i żyć. Za pomocą tego systemu elektronicznego może można nie tyle kontrolować – bo lekarz przepisuje i ordynuje leki – co może w jakiś sposób nadzorować czy też edukować, uświadamiać, chociażby nawet lekarzy, żeby nie było polipragmazji, bo to bardzo szkodzi. Proszę państwa, znane jest powiedzenie Paracelsusa – czym różni się lek od trucizny? Tylko dawką. Jeśli przedawkujemy jakikolwiek lek, to on staje się trucizną. Musimy mieć tego świadomość.

Pan poseł powiedział o DPS-ach, o takiej pewnej fikcji, jeśli chodzi o opiekę. Rzeczywiście jest pewne nadużycie opieki długoterminowej pielęgniarek czy osób, które sprawują opiekę w DPS-ach z zewnątrz. Czasami wydaje się, że jest to praktycznie tylko na papierze. Opiekunki w DPS-ach bardzo ciężko i ofiarnie pracują. Natomiast z zewnątrz jest tylko taka papierologia i ona jest bardzo korzystnie opłacana. Tutaj trzeba dokładnie skontrolować, sprawdzić, żeby te usługi były rzeczywiste, konkretne, a nie tylko na papierze. My o tym mówimy w naszym województwie już od wielu lat i mimo to jest jakaś blokada. Są usługi podmiotów, które są z całej Polski, potem jest podnajęcie podwykonawców i tak dalej. Tak że naprawdę to wszystko się rozbija o papierologię, a idą bardzo wielkie pieniądze. Natomiast opiekunki, panie, które rzeczywiście bardzo dobrze

opiekują się, tym mniejsze mają wynagrodzenie. Trzeba na to zwrócić uwagę. Chyba na razie tyle. Aha… Jeszcze kwestia tych szczepień, też bardzo istotna. Chociaż i tak piękny ukłon, jeśli chodzi o szczepienie przeciwko grypie. Przypomnę, że od 1 września 2020 roku, pacjenci po 75 roku życia mają bezpłatne szczepionki. To jest też bardzo wielka kwestia. Jest wielkie zainteresowanie. To jest też takie nasze zadośćuczynienie i troska o dobre zdrowie, samopoczucie, profilaktykę pewnych chorób dla naszych zacnych seniorów. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Katarzyna Sójka. Nie przekręciłem nazwiska pani poseł?

Poseł Katarzyna Sójka (PiS):

Nie. Wszystko się zgadza. Dziękuję. Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo, jako internista, który aktualnie pracuje w POZ-ie w małej miejscowości – również praktykuję w oddziale wewnętrznym w szpitalu powiatowym – chciałam nawiązać do tego, co zostało powiedziane, a propos weryfikacji leków u pacjentów, którzy otrzymują te leki. Trzeba to powiedzieć, bo to nie tylko POZ-y, nie tylko specjaliści w poradniach specjalistycznych, ale to także wizyty prywatne, które często są u starszych pacjentów jako takie upewnienie się albo po prostu na skutek wiary w lekarza prywatnego. Często w moim POZ-ie spotykam się z takimi sytuacjami, że pacjenci przynoszą swoją listę leków, które już jest duża, a nie chwalą się tym, co dał jeden, drugi, trzeci specjalista, często prywatnie. Sami sobie te leki dobierają. Właśnie mówię o seniorach. Chciałam powiedzieć, że – przynajmniej u mnie i w tych oddziałach wewnętrznych, które znam z autopsji – jest tak, że my te leki weryfikujemy. Leczenie osób starszych odbywa się kompleksowo. Oczywiście zawsze skupiamy się na tym schorzeniu, z którym pacjent trafił do nas. Natomiast oczywiście nie pomijamy takich aspektów, jak na przykład leczenie przeciwbólowe, leczenie neurologiczne. Korzystamy z konsultacji specjalistycznych w moim szpitalu powiatowym. Tak że myślę, że na pewno następuje częściowa – a moim oddziale duża – weryfikacja tych leków, gdy pacjent jest hospitalizowany na oddziale wewnętrznym. Oczywiście oddziały geriatryczne mają swoją specyfikę i często jeszcze troszeczkę inaczej pochylają się nad pacjentem. Natomiast weryfikacja na pewno też następuje i nie można tak jednoznacznie określić, że tylko oddziały geriatryczne i geriatrzy za to odpowiadają.

Pani poseł Zawisza pytała, czemu nie zostało zadane pytanie lekarzom, czemu nie chcą być geriatrami. Myślę, że każdy lekarz specjalista wie, że jest taka specjalizacja i że może specjalizować się w tym kierunku. Natomiast być może atrakcyjniejsze są inne specjalizacje. Myślę, że na pewno można by było więcej o tym mówić i zachęcać lekarzy. Oczywiście, zawsze można. Wiemy, że potrzeby w aspekcie leczenia osób starszych są coraz większe ze względu na to, że w ostatnim czasie społeczeństwo się starzało – chociaż to chyba wyhamowało w kilku ostatnich latach. Chciałam powiedzieć i podkreślić, że wprowadzenie e-skierowań, e-recept, e-zwolnień było ogromną pomocą nie tylko w pandemii. Ja w POZ-ie korzystałam z tego systemu już przed pandemią. Nie do końca jakby pacjenci to rozumieli. Rodziny nie rozumiały. Natomiast w okresie pandemii rodziny też zdały sobie sprawę, jak bardzo to pomaga. W zasadzie tutaj chciałam powiedzieć to, co mój przedmówca powiedział, że niesamowicie pomocnym pewnie byłby taki system, gdzie przyjmując pacjenta można byłoby zweryfikować, jakie recepty miał wypisane w ostatnim czasie. Pacjenci, jak mówiliśmy, nie chwalą się tym, a my przepisujemy kolejne recepty. Czasami podajemy ten sam lek, a pacjent tak naprawdę nie wie, że ma to już w domu i to bierze. Chciałam powiedzieć, że na pewno taki system byłby niesamowitym ułatwieniem. Natomiast system e-recept nie tylko sprawdził się okresie pandemii. Myślę, że będzie to niesamowicie dobre narzędzie na przyszłość. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę, ale bardzo krótko, panie pośle.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Takie postscriptum, żeby uświadomić jak istotna jest to kwestia. Na przykład, proszę sobie wyobrazić, że biorąc leki przeciwko nadciśnieniu tętniczemu… Inhibitory kon-

wertazy to bardzo grupa pojemna i praktycznie wszyscy w Polsce biorą. Ile? 6 milionów ludzi. W 10% procentach przypadków u kobiet występuje uporczywy, nękający kaszel. I teraz przychodzi taka pacjentka do laryngologa, do pulmonologa. Proszę mi wierzyć, że nie każdy pulmonolog zada pytanie, jakie leki bierze. Wystarczyłoby tylko spytać, jakie pani bierze leki. Inhibitory konwertazy? Proszę odstawić. Koniec. Natomiast wszystkie inne kwestie… Inaczej potem ona będzie bardzo chora, bo każdy pulmonolog, laryngolog doda różne leki nieleczące, a wystarczy tylko spytać.

Teraz tylko taka anegdota, humorystyczna i przyjazna. Przychodzi do mnie pacjentka. Pytam – jakie pani leki bierze? To ona tylko powie o tych, które bierze na tarczycę. O innych nie powie. Ja mówię, że pytam o wszystkie leki. Nie powie. A jakie na nadciśnienie? Pacjentka powie jakie i mówi – ale ja przyszłam do pana doktora tylko z tarczycą. Wtedy mówię – to proszę, pani Eugenio, wyjść za drzwi, proszę zostawić serce, wątrobę, płuca za drzwiami i przyjść tylko z tarczycą. To jest uświadomienie lekarzy i pacjentów, jak ważna jest kompleksowość i holistyczne ujęcie pacjenta, czyli pytanie, jakie pani bierze leki. Do mnie każdy pacjent przychodzi z kartką albo ze wszystkimi innymi lekami, które bierze.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Zanim udzielę głosu panu ministrowi, chciałem dodać dwa słowa. My dzisiaj zajmujemy się opieką geriatryczną – i trzeba o tym pamiętać – a nie gerontologią, bo to jest absolutnie potężniejsza wiedza. Tam oczywiście poza socjalnymi, psychologicznymi sprawami, pomocą społeczną, DPS-ami nie mówimy o świadczeniach geriatrycznych, tylko mówimy o szeroko rozumianych świadczeniach dla seniorów. I to jest inna sprawa. Pewnie multidyscyplinarna i ochrona zdrowia nie wszystko tutaj może.

Mam tylko dwie czy trzy uwagi. Dla mnie najważniejszą sprawą, chociażby w kontekście wczorajszej bardzo burzliwej dyskusji o samorządach i ich odpowiedzialności za opiekę zdrowotną, jest to, dlaczego w województwie warmińsko-mazurskim nie ma żadnego oddziału geriatrycznego, bo to nie jest dobrze. We wszystkich województwach coś tam się pojawia, mniej czy więcej, ale z tej mapy, którą widzę , wynika, że województwo warmińsko-mazurskie takiego oddziału nie ma. Wiemy, że to jest w gestii samorządów – albo województwa, albo powiatu. Narodowy Fundusz Zdrowia co najwyżej może oferować, że zakupi takie usługi i nic więcej. A to usługodawca, czyli ten, który świadczy te usługi, może wyrazić zgodę. To mnie dziwi, ponieważ jest to permanentna sprawa. Od zawsze województwo warmińsko-mazurskie nie ma zapotrzebowania na geriatrię. Tam chyba są sami młodzi rybacy i ich córki. To pierwsza sprawa. Czy jest szansa na zmianę tego nastawienia?

Druga sprawa – tu podkreślana – to polipragmazja. Polipragmazja jest rzeczą znaną. Jest e-recepta. To kwestia odpowiednich analiz informatycznych, które towarzyszą e-recepcie. Czy jest taka możliwość, panie ministrze, by lekarz, który przyjmuje pacjenta w ramach POZ lub AOS, mógł mieć podgląd na to, jakie recepty były realizowane? Nie mówię o przepisywanych, tylko o realizowanych. Od wypisania recepty do zażywania leków jeszcze, panie pośle, daleka droga, bo to nie są takie proste rzeczy. Czy jest taka możliwość, by to analizować? Żeby każdy lekarz, przyjmując pacjenta, miał wyświetlone, jakie leki pacjent ma zrealizowane i jakie leki bierze.

W polipragmazji jest jeszcze jeden, ale bardzo ważny aspekt. To jest kwestia reklamy. 30% czasu reklamowego wszystkich mediów dotyczy suplementów diety i tak zwanych wyrobów medycznych. W większości jest napis, którego i tak nikt nie czyta – nie, nie mówię o konsultacji z lekarzem, to jeszcze by było dobrze – nie ma właściwości leczniczych. Proszę zobaczyć, to jest prowadzone od jakiegoś pół roku. Czy mamy jakikolwiek wpływ na to, by społeczeństwo… . Reklamy są adresowane do pokolenia bardzo aktywnych, którzy może strawią różne obciążenia, ale zwłaszcza do seniorów. Wartości witaminy D, witaminy K, magnezu i tak dalej – tym są atakowani. Spożywają to poza kontrolą, a to nie są sprawy, żadne wege, żadne naturalne, żadne eko, bo to jest czysta, dokładnie czysta chemia. Tam nie ma nic innego. Czy jest wola uregulowania tego aspektu – reklamy suplementów diety, wyrobów medycznych – w kontekście polipragma-

zji, która ma miejsce? Czy jesteśmy w stanie coś z tym zrobić? To nie jest kwestia polityczna, to jest bardzo trudna kwestia.

No i ostatnie pytanie. Kwestia wyceny świadczeń. Sądzę, że ta wycena pewnie nie jest najgorsza. Natomiast czy jesteśmy w stanie ustalić specjalne stawki dla lekarzy specjalizujących się nie w geriatrii, podejmujących leczenie geriatryczne – to jest inne pytanie. Pani poseł Zawisza troszeczkę tak nieśmiało, z pewnym przekąsem, mówiła o tych aspektach, powiedzmy, psychologicznych u lekarzy. Jest prawdą, że niewielu lekarzy decyduje się na specjalizację geriatryczną, nie mówiąc już o późniejszej pracy. Geriatria jest dość trudną dyscypliną, ponieważ wymaga bardzo szerokiej wiedzy. Proszę też geriatrii nie mylić z opieką długoterminową. Pacjent na geriatrii powinien przebywać jak najkrócej. Ma być zdiagnozowany, przygotowany, wypisany do leczenia poza szpitalem. Ja rozumiem, że ten postęp jest, ale czy jest wystarczający? Zaprzeczę temu, co powiedziała pani posłanka, społeczeństwo w dalszym ciągu się starzeje i nic nie przemawia za tym, że będziemy coraz młodsi, tak jak niektóre kraje trzeciego świata. Dziękuję. Panie ministrze?

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Dziękuję, panie przewodniczący. Szanowni państwo, jak zawsze na posiedzeniu Komisji w Sejmie zostało poruszonych wiele wątków. Dziękuję za te pytania. Postaram się do wszystkich ustosunkować.

Jeśli chodzi o wybieranie specjalizacji przez młodych ludzi – dlaczego tak mało adeptów uniwersytetów medycznych wybiera specjalizację geriatrii? Na sali są lekarze. Każdy z nas był przed takim dylematem, kończąc wtedy jeszcze Akademię Medyczną, jaką specjalizację wybrać. Ja osobiście nie wiedziałem – jestem chirurgiem, specjalistą chirurgiem – że chirurgia będzie mnie pociągała. Mimo, że na studiach byłem w jakimś kółku chirurgicznym. Dopiero w czasie, gdy zdecydowałem się na tę specjalizację. Dopiero wtedy okazuje się, czy człowiek ma predyspozycje do takiej pracy, czy ta praca sprawia mu przyjemność, zadowolenie, satysfakcję. Niestety kilku moich kolegów wycofało się z tego, bo zauważyli, że chirurgia nie jest dla nich. Tu też obserwujemy, że po otwarciu specjalizacji z geriatrii czasem młodzi ludzie rezygnują z robienia tej specjalizacji – niestety. To wynika z tego, że czują, że to nie jest właśnie to, co chcieliby robić w życiu. A właśnie osoby, które już posiadają specjalizację – najczęściej z chorób wewnętrznych – w ramach trybu pozarezydenckiego robią specjalizację właśnie z geriatrii. Myślę, że to jest też dobry kierunek, ponieważ wiedza czysto internistyczna bardzo im pomaga w uzupełnieniu wiedzy geriatrycznej, żeby opiekować się tymi pacjentami.

Od wielu lat, prawie od zawsze, jest dylemat czy pacjenci geriatryczni powinni być leczeni na oddziałach wewnętrznych czy specjalnych, dedykowanych im oddziałach geriatrycznych. Tutaj oczywiście jak zawsze zdania są podzielone. Myślę, że jest przestrzeń dla obu grup. Nie każdy senior powinien być leczony w oddziale geriatrycznym. Te oddziały powinny być jakby im dedykowane i tam z oddziałów wewnętrznych powinni być kierowani pacjenci, którzy wymagają bardziej specjalistycznej wiedzy niż wiedza czysto internistyczna, aczkolwiek wiem, że lekarze interniści doskonale sobie radzą także z pacjentami w starszym wieku.

Poseł Zdzisław Wolski (Lewica):

Jeszcze są zakłady leczniczo-opiekuńcze. To jest taki przepływ.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Dlatego w tej chwili w Polsce mamy 58 oddziałów geriatrycznych, 1208 łóżek. Wiemy, że w niektórych szpitalach obłożenie oddziałów wewnętrznych wynosi 40-50%. Łóżka stoją puste. W ramach programu chcemy przekształcić te oddziały na geriatryczne czy też na oddziały, na których opieki będą wymagały osoby starsze, tak żeby w naszym systemie wykorzystać te niewykorzystane moce łóżkowe.

Bardzo dużo się państwo mówili o polipragmazji. Podpisuję się pod tym dwiema rękami. Jak jeździłem jeszcze w pogotowiu, jak się zabierało pacjenta, szczególne starszego, to oprócz rzeczy osobistych były dwie reklamówki leków. Jak się te leki przejrzało, to od każdego specjalisty były inne – czasem różniły się tylko nazwą i opakowaniem. To jest na pewno dość duży problem. W tej chwili, jeżeli pacjent ma założone indywi-

dualne konto pacjenta, tam jest cała historia jego leków, kto i jakie leki mu przepisał. Przy przyjmowaniu do szpitala, jeżeli pacjent posiada takie konto, lekarz może zweryfikować tę listę i zobaczyć kiedy i jakie leki pacjent dostał, a także kiedy te leki zostały wykupione, jakie de facto leki przyjmuje w tej chwili. Czasem okazuje się, że ma 3-4 różne karteczki od różnych lekarzy i według nich bierze. Czasem dość trudno jest wytłumaczyć, że są zupełnie niepotrzebne, ale jeden lekarz kazał i drugi też kazał. Pacjenci, szczególnie starsi są zdyscyplinowani, więc leki biorą praktycznie garściami.

Na pewno ważny jest temat suplementów diety. To jest produkt żywieniowy, czyli de facto środek, który nie powinien zawierać żadnej formy leczniczej. To, że jest taki natłok reklam suplementów diety spowodowane jest tym, że firmy produkujące te środki przeznaczają duże pieniądze na reklamę. Niestety kupują to nasi seniorzy. W reklamie pięknie to wygląda, aczkolwiek wszyscy wiemy, że te suplementy nie zawsze potrzebne są w takich ilościach.

Poseł Zdzisław Wolski (Lewica):

Potęga reklamy, efekt placebo.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

I suplementów diety już na IKP nie widzimy.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Jedna uwaga. Regulacja reklamy to jedna rzecz, a druga to kwestia wprowadzania na rynek. W tym momencie suplementy wprowadzane są na zasadzie notyfikacji i czasami jest tak, że dopiero po 5 latach jest badany skład.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Tak, ale nie jesteśmy w stanie… To są przepisy europejskie – one są bardzo mocno w Prawie farmaceutycznym… Pracowałem nad Prawem farmaceutycznymi i wiem, jaki był napór firm produkujących leki OTC, żeby broń Boże nie wpisać ich na listę leków na receptę. To był jeden wielki bój. To co wczoraj było na posiedzeniu, było niczym w porównaniu z takimi posiedzeniami Komisji – OTC a leki na receptę.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Jeżeli mówimy o polipragmazji, przypomnę, że jedna trzecia pacjentów powyżej 65 roku życia przyjmuje przynajmniej 5 różnych preparatów. To jest bardzo dużo. Razem z izbą aptekarską zorganizowaliśmy taką akcję. Nie wiem, czy państwo widzieli to w mediach. Pokazaliśmy, żeby przejrzeć apteczkę. Jak idziemy do lekarza rodzinnego, zabierzmy wszystkie swoje leki. Niech lekarz czy pielęgniarka tę apteczkę przejrzy. Na pewno możemy zrezygnować z pewnych leków. To rodzi także duże koszty, których pacjenci nie powinni ponosić.

Od wielu lat geriatria jest specjalizacją priorytetową. Od wielu lat zachęcamy, by ją wybierać, ale to jest indywidualna decyzja studenta kończącego uniwersytet medyczny.

Pan poseł Szczerba pytał o szczepienia. Właściwie w tej chwili DPS-y mamy już wyszczepione. Ponad 90% pensjonariuszy – bardzo dobry wynik. Niestety w troszkę mniejszym stopniu DPS-ów. To jest dla mnie troszeczkę dziwne. To właśnie oni najczęściej przynosili wirusa do DPS-u. To najczęściej jest ich dodatkowe miejsce pracy. Kontakty społeczne powodowały przynoszenie zakażenia do DPS-ów. Mam nadzieję, że w dalszym ciągu proces szczepień będzie postępował.

Jeśli chodzi o ZOL-e, personel jest wyszczepiony. Prawdopodobieństwo zakażenia się pacjenta jest minimalne. Pacjenci nie komunikują się. Odwiedziny są praktycznie wstrzymane. Ale myślę, że w marcu – oczywiście jak szczepionki się pojawią w takiej ilości, jak byśmy chcieli – pewnie proces szczepienia ruszy.

Na pewno bardzo ważnym aspektem jest także rehabilitacja. Nie trzeba być seniorem, by odczuwać pewne dolegliwości, które wynikają z naszego trybu życia, pozbawionego dużej aktywności fizycznej. Ale u osób starszych, które już zakończyły swoją aktywność zawodową, jest to jak najbardziej wskazane. Opieka ambulatoryjna, dostęp do rehabilitacji – staramy się to sukcesywnie poprawiać. Aczkolwiek na pewno teraz w okresie pandemii było to zdecydowanie utrudnione. To chyba wszystko.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan wrócił do sprawy rehabilitacji. Dla mnie to oczywiście ważna sprawa, ale też bardzo potężna. To głównie kwestia leczenia rehabilitacyjnego. Takim moim marzeniem było, żeby głównie działo się to w sanatoriach, by sanatoria nie były miejscami wodolecznictwa, wchłaniania solanki, kąpieli, ale głównie, żeby to była czynna rehabilitacja, taka gwałtowna. Natomiast nie jest to łatwe, ponieważ w tych instytucjach też są różnego rodzaju opory. Wydaje mi się, że ten kierunek byłby dobry. Sądzę, że w ministerstwie i w NFZ trzeba kierować ludzi w starszym wieku na leczenie sanatoryjne, z ogromnym naciskiem na rehabilitację i fizykoterapię, bo to usprawnia. A nie spacerki… Fajna rzecz, ale niekoniecznie tylko same spacery. Czy są jeszcze jakieś pytania?

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Jeszcze dodam. Województwo warmińsko-mazurskie, które ostatnio jest na topie, prawda? Dostałem właśnie informację, że w szpitalu w Nidzicy trwa rozbudowa i tam właśnie ma powstać oddział geriatryczny. W Nidzicy.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. To ważna informacja, bo szpitale geriatryczne, tak jak pan poseł sugerował, to może jest zbyt dużo. W Polsce interniści doskonale sobie radzą z leczeniem ludzi w podeszłym wieku. Wielochorobowość to nie jest prosta sprawa internistyczna. To jednak wymaga trochę innego względu, innej diagnostyki. Przede wszystkim weryfikacji priorytetów terapeutycznych. Nie wszystko da się wyleczyć od razu. To musi być plan leczenia i to muszą robić specjaliści z geriatrii i oni są do tego przygotowani.

Czy są jeszcze jakieś zgłoszenia? Nie widzę. W związku z tym stwierdzam, że zakończyliśmy omawianie informacji. Wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia Komisji.

W związku z tym zamykam posiedzenie Komisji. Jednocześnie informuje, że protokół z posiedzenia z załączonym pełnym zapisem jego przebiegu będzie do wglądu w sekretariacie Komisji w Kancelarii Sejmu. Dziękuję państwu. Do widzenia.